

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 juillet 1895, à 1 heure

Par AIMÉ LECOINTRE

Né à Mirebeau (Vienne), le 15 février 1870

ÉTUDE
SUR L'HYPERTROPHIE
DU SEGMENT POSTÉRIEUR
DES CORNETS DU NEZ

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
 { CHANTEMESSE, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

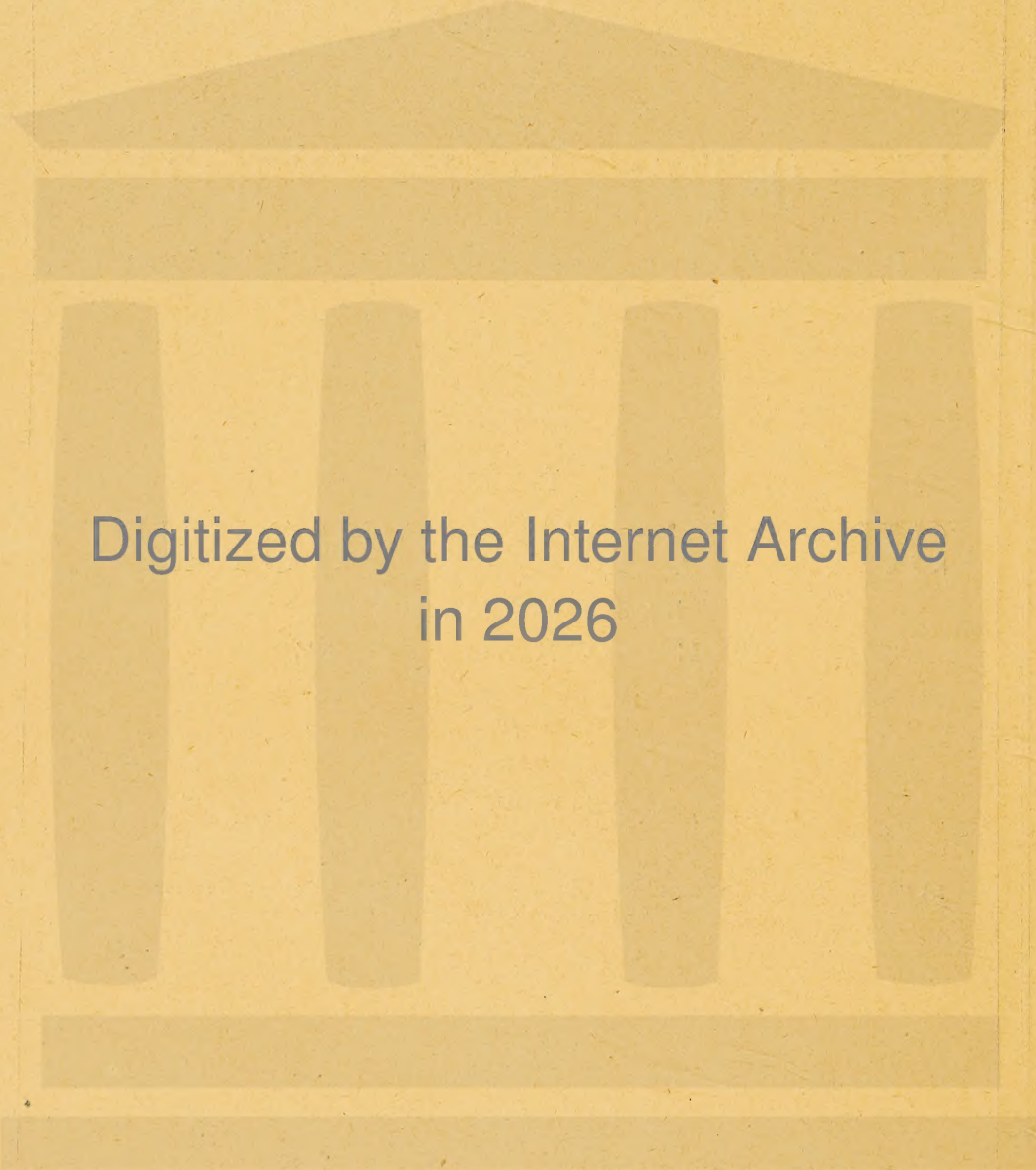
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine 15

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553811_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

462

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 juillet 1895, à 1 heure

Par AIMÉ LECOINTRE

Né à Mirebeau (Vienne), le 15 février 1870

ÉTUDE

SUR L'HYPERTROPHIE

DU SEGMENT POSTÉRIEUR
DES CORNETS DU NEZ



Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
 { CHANTEMESSE, NETTER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine, 45

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUD.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FUONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENEZIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

ÉTUDE

SUR L'HYPERTROPHIE

DU SEGMENT POSTÉRIEUR
DES CORNETS DU NEZ

I

Introduction.

Les inflammations chroniques de la muqueuse des fosses nasales aboutissent à un processus atrophique ou hypertrophique.

Ce dernier a déjà été étudié par M. Barbier dans une thèse inspirée surtout par des travaux de laboratoire ; mais cet auteur s'est surtout appliqué à bien décrire la partie anatomo-pathologique de la question ; aussi, nous a-t-il semblé qu'il y avait encore place pour une étude clinique, complètement de la précédente.

La rhinite hypertrophique atteint la muqueuse des cornets dans toute son étendue ; mais nulle part les lésions ne sont aussi nettes, aussi accentuées, qu'au niveau du segment pharyngien, véritable *locus minoris resistentiæ* pour le processus myxangiomateux (Barbier).

Cette rhinite postérieure offre un intérêt tout spécial par la complexité de ses symptômes, la fréquence des complications dont l'oreille est le siège, la délicatesse du diagnostic, l'importance et souvent les difficultés de la thérapeutique chirurgicale ; l'étude de ces diverses questions constituera autant de chapitres de notre thèse.

II

Pathogénie.

C'est à l'anatomie et à la physiologie qu'il importe de demander le pourquoi de cette prédilection incontestable des lésions pour l'extrémité postérieure de la queue des cornets.

La muqueuse des cornets est, avant tout, vasculaire; elle représente un tissu érectile; or la région qui nous intéresse est une sorte de hile vasculaire, le point de pénétration de vaisseaux importants; nulle part, la trame caverneuse n'est aussi développée, aussi facile à mettre en évidence; à cette richesse vasculaire, s'ajoute un autre élément, la laxité de la muqueuse, non soutenue par une charpente osseuse, et permettant la distension facile des tissus, à la manière d'une éponge.

D'autre part, dans le décubitus dorsal, le sang tend à s'accumuler dans la partie déclive des cornets; il y reflue; et si, à ces causes, vient s'ajouter quelque gêne de la circulation de retour,

par tuméfaction de la muqueuse pharyngée, par existence de végétations adénoïdes ou autres tumeurs, on comprend de suite combien sera facile la distension, d'abord transitoire, puis permanente, des ampoules post-nasales ; les phénomènes d'occlusion seront d'autant plus marqués que la région des choanes est un point rétrécie, le plus étroit du canal nasal, au niveau duquel viendront s'étrangler les bourrelets érectiles. Toutes ces conditions s'ajoutent donc les unes aux autres pour fermer, en arrière, le passage à l'air respiratoire, et amener les troubles les plus graves de la rhinite à forme hypertrophique.

III

Étiologie.

Qu'elle soit considérée comme une forme de rhinite chronique simple, ou comme une entité distincte (Barbier), l'affection est assez fréquente.

Il importe cependant de la distinguer au point de vue particulier où nous l'étudions ; il faut la différencier, autant que faire se peut, de toute rhinite hypertrophique simple où les lésions sont forcément un peu plus accusées en arrière que partout ailleurs ; l'affection doit être franchement caractérisée pour rentrer dans notre cadre.

Nous n'étudions pas la rhinite hypertrophique dans sa généralité, mais le processus nettement prédominant en arrière, avec toutes ses particularités cliniques et thérapeutiques.

Ceci bien posé une fois pour toutes, nous le répétons, l'affection se rencontre assez souvent ; car bien des malades se préoccupent peu, les uns d'un nez à peu près obstrué, les autres d'un affai-

blissement de l'ouïe qu'ils sont loin de rattacher à une cause nasale.

La question d'âge joue un rôle évident ; l'âge des trois quarts de nos malades oscille entre 35 et 50 ans, mais il en est chez qui l'affection ne se prononce qu'à un âge plus avancé ; il en est surtout d'autres, et nous demandons précisément à y insister quelques instants, chez qui elle se développe à un âge plus jeune.

La rhinite postérieure hypertrophique des enfants et des adolescents est à peu près passée sous silence, et cependant son existence est incontestable. M. Dundas Grant a même insisté sur sa fréquence relative ; MM. Lichvitz et Cartaz lui ont consacré d'intéressants articles.

A cet âge la rhinite hypertrophique est bien souvent l'apanage des adénoïdiens, aussi les végétations une fois enlevées, l'affection doit aller en s'atténuant, puis disparaître ; si le fait est vrai, en thèse générale, il ne faut pas en exagérer l'importance ; on rencontre de temps en temps des enfants, des jeunes gens surtout à qui l'on promet une respiration libre et facile après le curettage du naso-pharynx, d'autant que l'hypertrophie postérieure, par les difficultés de son diagnostic précis à cet âge est souvent méconnue ; et cependant, les végétations complètement enlevées, la respiration buccale subsiste ; on touche le pharynx, plus de végétations ; on examine le nez, rien de bien anormal ; alors seulement on cherche en arrière

et on trouve la cause de cet insuccès apparent.

D'ordinaire avec le traitement anticatarrhal, les choses se remettent peu à peu en ordre ; mais il n'en est point toujours ainsi, et nous tenons de M. le Dr Gouguenheim que plusieurs fois il dut intervenir chirurgicalement chez de jeunes enfants ou des adolescents dont le nez était resté bouché contre toute attente. Cette hypertrophie des jeunes sujets est donc une hypertrophie plus souvent vaso-motrice, c'est-à-dire transitoire, à plus ou moins longue échéance, mais parfois aussi définitive ou polypoïde, comme on la décrit à l'âge mûr.

Comme conclusion à ce que nous venons de dire dans tous les cas où un adolescent, ou un enfant, présente les symptômes se rattachant d'ordinaire à l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka, cette affection ne devra pas absorber l'attention, mais il faudra toujours examiner le nez, surtout dans son segment postérieur ; parfois une deuxième intervention dirigée de ce côté sera nécessaire.

Les auteurs n'attribuent pas d'importance spéciale au sexe ; l'influence des diathèses est assez discutée et indiscutable ; peut-être l'arthritisme joue-t-il un rôle (Moure) mais certainement accessoire, le terrain arthritique créant une prédisposition aux inflammations naso-pharyngées.

Certaines causes d'ordre local ont aussi été invoquées ; en particulier l'irritation déterminée

par le tabac à priser (Garel, Barbier) ; nous y joindrons les tumeurs post-nasales, et intra-nasales, les polypes muqueux en particulier, question sur laquelle nous aurons à revenir.

IV

Anatomie pathologique.

L'hypertrophie de la queue, des cornets se montre sous des aspects un peu divers : tantôt forme purement érectile, tumeurs lissès et régulières ; tantôt formes plus avancées en organisation, adultes, tumeurs papillaires, voire même lobulées et végétantes ; les caractères physiques des tumeurs trouveront d'ailleurs mieux leur place dans la description symptomatique.

L'affection peut être et rester unilatérale, il n'en existe que peu d'exemples ; le plus souvent les lésions siègent des deux côtés, mais peuvent être inégalement développées ; il est rare que tôt ou tard les lésions ne deviennent pas à peu près symétriques.

Le cornet inférieur est le siège de prédilection des hypertrophies polypoïdes ; le cornet moyen plus rarement est à un degré moins accusé ; dans un seul cas Zuckerkandl a trouvé les cornets

moyens seuls hypertrophiés du côté du pharynx.

La muqueuse de séparation, qui tapisse le méat moyen peut au même niveau participer au processus, et réunir même les deux tumeurs en une seule masse lobée (Zuckerkindl).

A un premier degré, on trouve la queue des cornets non plus allongée, effilée même, mais arrondie, bombée ; à un deuxième stade, la tumeur bien constituée retombe sur le plancher du nez, et atteint le vomer ; à un troisième enfin, elle perd droit de cité dans le nez, et devient à la fois nasale, et surtout pharyngée, par action de la pesanteur.

Au point de vue histologique, nous nous bornons aux savantes conclusions de M. Barbier : il existe à la surface de la tumeur un épithélium stratifié cylindrique perdant ses cils vibratiles et tendant à s'aplatir dans tous les points où il existe des frottements.

Les cellules superficielles sont pourvues de pieds effilés les mettant en relation avec les cellules sous-jacentes.

Le tissu propre de la pituitaire rappelle un derme embryonnaire infiltré de nombreuses cellules migratrices et riches en mucine ; ces cellules embryonnaires font de longues traînées le long des vaisseaux.

Ce tissu réticulé présente de nombreuses et larges lacunes surtout développées en arrière ; ces lac ou sinus vasculaires ont des parois embryon-

naires, et reçoivent ou émettent un très grand nombre de capillaires.

Le tissu glandulaire est normal, infiltré seulement de jeunes cellules.

Somme toute, ce qui caractérise le processus anatomique, c'est une diapédèse abondante et une prolifération vasculaire énorme avec parois embryonnaires extrêmement fragiles.

A part les néoformations sinusales, le tissu de ces hypertrophies, générales ou localisées, rappelle la structure des myxômes.

Étude clinique.

Comme toutes les affections nasales, les hypertrophies du segment postérieur des cornets se caractérisent par deux ordres de symptômes ; (les uns, troubles fonctionnels, appelant l'attention et permettant de reconnaître l'affection ; les autres, signes physiques complétant et caractérisant le diagnostic) ; il importe donc, pour se conformer à la clinique, d'étudier les premiers tout d'abord.

A. *Troubles fonctionnels.* — Celui dont le malade se plaint par dessus tout, et qui bien souvent l'amène au spécialiste, c'est la gêne de la respiration nasale, la sensation de nez bouché ; il lui faut respirer la bouche ouverte ; d'abord, les accidents sont temporaires, c'est la nuit que le malade ne peut respirer. La gêne est même telle qu'elle peut le tenir en éveil. Sur le matin, la bouche et la gorge sont absolument sèches, le malade étran-

gle ; il se lève, les accidents s'atténuent beaucoup, mais peu à peu ils deviennent permanents, ou, tout au moins, la respiration diurne est très embarrassée, très gênée; le malade a la sensation d'un obstacle qu'il localise parfois très nettement à la partie postérieure des fosses nasales. Pour s'en débarrasser, il se livre, mais vainement, à de violents efforts de mouchage, nous disons vainement car si, à une période voisine du début, les sécrétions visqueuses, muqueuses ou muco-purulentes sont parfois augmentées, plus tard elles diminuent beaucoup, et le nez devient sec ; la muqueuse peut se recouvrir de croûtes qui ajoutent encore à la gêne de la respiration nasale.

Il n'est pas rare de voir des poussées de coryza aigu intercurrent, provoqué et entretenu par les altérations de la muqueuse, il augmente rapidement tous les troubles fonctionnels ; ces poussées sont particulièrement fréquentes et tenaces chez les jeunes sujets, et ne disparaissent quelquefois qu'après l'ablation de l'hypertrophie postérieure (D. Grant).

Des sécrétions très modérées et adhérentes à la muqueuse, peuvent prendre chez certains malades, une fétidité particulière, en dehors de toute altération osseuse ; elles ne s'accompagnent presque jamais d'épistaxis, rarement d'éternuements.

L'olfaction n'est que peu altérée, du fait même du siège des hypertrophies ; au cas seulement où le méat moyen se trouverait en partie comblé, on

observerait quelques altérations de l'odorat, de la parosmie, mais jamais une anosmie véritable. Le sens du goût n'est pas sensiblement altéré.

L'obstruction nasale, si elle est permanente, et surtout très accentuée, s'accompagnera de céphalées sus-nasales, et même de vertiges et autres accidents liés à la gêne de la circulation cérébrale.

La gorge est, le matin surtout, le siège d'une sécheresse extrême, s'accompagnant de phénomènes parasthésiques fréquents, douleurs cervicales, étranglements; elle est le siège d'une vive irritation, et parfois de véritables troubles dysphagiques quand la tumeur atteint plus ou moins la face supérieure du voile du palais (Sendziack); la muqueuse est tantôt sèche et vernissée, tantôt, au contraire, recouverte d'un enduit épais et abondant, très visqueux, provoquant les sensations les plus désagréables, parfois même, de véritables vomissements, troubles pour lesquels le patient peut venir consulter directement.

La voix est altérée dans son timbre; elle devient nasonnée, et, en même temps, chez d'autres, voilée et couverte; on se fatigue vite à parler; les altérations vocales peuvent être le fait de phénomènes réflexes, ou résulter d'une laryngite consécutive à l'occlusion des choanes.

Lorsque le nez n'est bouché que d'une façon incomplète, on recherche son degré de perméabilité à l'air; mais, dans cette épreuve, on tient compte uniquement du courant d'air expiré, et

nous croyons que c'est là une faute, car ce qui est surtout gênant et pénible, c'est l'inspiration ; un malade peut encore souffler par son nez d'une manière assez satisfaisante, et cependant l'air n'y pénètre que très imparfaitement au prix d'efforts violents ; l'expérience doit donc être double, expiratoire, et surtout inspiratoire ; il faudra toujours tenir compte aussi des congestions qui accompagnent le décubitus dorsal prolongé.

Il est, d'autre part, tout un ordre de faits que l'on peut étudier aux complications, mais qu'il nous semble plus logique encore de comprendre dans la description symptomatique, nous voulons parler des phénomènes réflexes.

Hack, Fraënkel, Schaffer, Rœ, Sajous, ont surtout insisté sur les troubles nerveux réflexes se rapportant aux altérations de la muqueuse nasale, et aux hypertrophies polypoïdes en particulier ; leurs recherches ont établi, en effet, que la zone postérieure des cornets et de la cloison était le point de départ le plus habituel de ces troubles bizarres, si bien connus à présent ; mais tandis que les uns regardaient ces phénomènes comme atténués, et rendus plus rares par l'altération dont la muqueuse était le siège, d'autres, et spécialement Hack et Goris les regardent comme très fréquents, et même très significatifs dans l'hypertrophie postérieure.

Parmi ces accidents, les uns consistent en névralgies de voisinage : migraines, névralgies sus

ou sous-orbitaires prédominantes du côté le plus atteint, tic convulsif de la face (un cas de Pettelsohn, guéri par l'ablation de la queue du cornet); les autres sont des phénomènes plus éloignés parmi lesquels il importe surtout de signaler la toux souvent paroxystique, puis les troubles respiratoires : laryngite striduleuse chez les enfants, accès d'asthme, et à la longue emphysème pulmonaire avec signes de bronchite chronique et de dilatation cardiaque (Chabory), troubles auxquels peut remédier d'une façon définitive ou seulement palliative une intervention appropriée. On trouve fréquemment dans une hypertrophie limitée l'origine de ces accidents éloignés, mais il importe de tenir compte de l'élément névropathique qui y prédispose dans une très inégale mesure.

B. Signes physiques. — Ce sont eux qui donnent la clef du diagnostic; ils sont fournis par l'examen rhinoscopique et le toucher.

L'examen rhinoscopique antérieur, le premier à faire, exige un *speculum nasi*, le miroir frontal, et une source lumineuse dont l'intensité est ici particulièrement indispensable, puisqu'on doit éclairer une région sombre et profonde.

A l'introduction du spéculum, on trouve d'abord les signes d'une rhinite chronique, plus ou moins franchement hypertrophique, mais assez souvent sans caractère particulier; puis, en regardant plus profondément, on constate que le méat

nasal n'est pas libre en arrière, comme normalement, mais occupé par une saillie rosée ou franchement colorée, qui empêche le regard de pénétrer dans le cavum.

La tumeur peut être visible directement, mais l'examen n'a pas toujours cette simplicité par suite de certaines dispositions anatomiques; aussi, et dans tous les cas d'ailleurs, il est indispensable d'aider le regard du long stylet nasal. Celui-ci déprime la partie moyenne du cornet et enfoncé plus profondément, il se trouve arrêté, il butte sur un obstacle et permet d'en bien apprécier les caractères. Tantôt la tumeur est mollassse, dépressible, tantôt, au contraire, ferme et résistante, ce qui est important au point de vue opératoire.

Le volume assez exact de la tumeur est également reconnu en insinuant le stylet entre le cornet et le plancher des fosses nasales, la tumeur se trouve mobilisée, soulevée, et ainsi appréciée par son poids, et ses limites plus ou moins circonscrites. Enfin, dans certains cas, la tumeur plonge surtout en arrière, dans le cavum, et risque d'être mal reconnue au simple examen direct; le stylet permettra de la délimiter, et surtout de la mettre en évidence par un mouvement de bascule.

On ne s'en tient pas, en général, au seul examen antérieur, et on lui adjoint la rhinoscopie postérieure qui nous fait apercevoir la tumeur dans sa totalité. La rhinoscopie postérieure est à

peu près impossible chez les jeunes sujets, chez les malades très nerveux ou à pharynx très étroit ; la cocaïne, en badigeonnage, la facilite beaucoup, et l'on doit y recourir sans hésiter, toutes les fois surtout où le manque de pratique la rend difficile ; souvent aussi, ce que l'on n'a pu faire à un premier examen devient aisé au second.

Le placement des releveurs du voile passe généralement pour plus gênant qu'utile ; on n'en usera qu'en dernière ressource.

Comme condition d'une bonne rhinoscopie, nous rappelons la nécessité d'un brillant éclairage, d'un miroir de 1 centimètre de diamètre ; l'absence de tout effort de la part du malade, la suppression momentanée de tout mouvement respiratoire, à moins que la respiration nasale ne soit encore possible ; on devra s'abstenir d'un examen trop prolongé, il vaut mieux le renouveler en laissant au patient quelques instants de repos.

A l'état normal on perçoit très facilement l'intervalle qui existe entre les cornets ; il est ici comblé, et le méat est à peu près effacé ; il en est de même pour la fente qui doit séparer largement les cornets de la partie postérieure de la cloison ; les deux régions se touchent presque ; le développement du cornet inférieur masque plus ou moins l'ouverture du pavillon tubaire, et peut la rendre invisible ; enfin, la tumeur peut être nettement procidente, couchée sur la face supérieure du voile du palais, et d'une ablation très délicate.

Seule la rhinoscopie postérieure rend un compte exact de l'hypertrophie postérieure du cornet moyen; mal apprécié par l'examen antérieur; il en est de même pour l'état du bord postérieur de la cloison, dont une déviation plus ou moins marquée, représente un obstacle sérieux au moment de l'intervention.

L'aspect de la tumeur varie : il s'agit parfois d'une saillie lisse, tendue, bien arrondie, de coloration rougeâtre, sombre, et comme vernissée; d'autres fois, c'est une tumeur pâle, grisâtre, sillonnée de dépressions lui donnant un aspect lobulé, muriforme, végétant même; le volume peut atteindre celui d'une grosse noisette, comme dépasser celui d'une noix, quand la tumeur est procidente dans le cavum, et généralement alors d'aspect papillomateux.

La rhinoscopie suffit, mais nous avons vu son impossibilité dans certaines conditions; elle ne renseigne point, d'autre part, sur la consistance de l'hypertrophie polypoïde; c'est alors que le toucher digital rend de réels services, tout en restant généralement inférieur, de l'avis de tous les rhinologistes, à l'examen par le miroir; nous rappellerons qu'il doit être fait avec douceur et rapidité, tout en donnant les indications nécessaires de siège et de volume; le doigt ne quittera pas le naso-pharynx avant d'avoir cherché s'il n'existe pas d'autres tumeurs, ou d'altérations de

la muqueuse, importante à bien connaître avant d'opérer.

Le toucher fait assez facilement saigner les tumeurs, mais jamais l'hémorrhagie n'est inquiétante, à moins d'une réelle brutalité.

Rappelons, en terminant, que le toucher ne doit être pratiqué qu'à la fin de tout examen.

VI

Complications.

Nous ne reviendrons pas sur les troubles nerveux réflexes, sur les complications laryngo-bronchiques et pulmonaires, et n'insisterons pas sur les troubles oculaires, larmolement, asthénopie, affections lacrymales qui relèvent surtout de la rhinite chronique en général ; mais nous insisterons, à juste titre, sur les complications auriculaires si souvent tributaires d'une hypertrophie polypoïde postérieure.

Dans nombre de cas, ce n'est même pas le rhinologiste qui se trouve consulté, mais l'auriste, dont l'examen attentif devra remonter au point de départ des accidents ; d'un autre côté le rhinologiste ne devra jamais abandonner le malade qu'il a soigné ou opéré avant de s'être rendu un compte exact de l'état de la fonction auditive et de l'oreille moyenne ; un bon diagnostic, un bon

traitement, réclament ce complément indispensable.

Les altérations de la trompe et de l'oreille moyenne, consécutives à une hypertrophie polypoïde du cornet inférieur, s'expliquent tout naturellement ; cependant le mécanisme exact est encore controversé.

A l'état normal, ainsi que l'a fait ressortir le professeur Tillaux, l'extrémité pharyngée du cornet n'est distante du pavillon tubaire que de un centimètre ; si elle vient à s'hypertrophier, elle obturera mécaniquement ce pavillon ; mais cette théorie a été combattue par divers cliniciens qui prétendent qu'on n'observe guère cette compression directe, et que la tumeur n'agit qu'en gênant la circulation locale, en entravant la circulation de retour au niveau de la trompe. Quoi qu'il en soit, la muqueuse tubaire s'engorge, se tuméfie, s'hypertrophie même franchement, ce qui n'a rien d'étonnant, la muqueuse du cornet se continuant directement avec celle de la trompe par un repli très saillant ; les lésions d'abord localisées à l'entrée du conduit gagnent ensuite la profondeur ; et l'occlusion absolue ou relative de tout le conduit salpingien empêche la ventilation de la caisse, ou la rend insuffisante. Nous devons ajouter enfin, que le catarrhe pharyngé associé à l'hypertrophie polypoïde, et dépendant d'elle, entretient un processus inflammatoire permanent, soit

atrophique, soit hypertrophique, des plus nuisibles pour la caisse du tympan.

Envisageons rapidement à présent la marche des accidents et leur symptomatologie.

Ce qui domine au début, et pendant assez longtemps, ce sont des lésions obstructives de la trompe ; d'abord troubles passagers que l'on fait cesser pour un temps par une couche d'air avec la poire de Politzer, puis s'installant permanents, quand la salpingite tend à devenir chronique, quand il y a sténose permanente. Le malade offre de la dureté de l'ouïe, tantôt peu marquée mais progressive, et par cela même d'autant plus dangereuse ; tantôt à début rapide, quand il se fait quelques poussées aiguës vers le naso-pharynx ; il accuse des bourdonnements extrêmement pénibles, et dont on reconnaît bien l'origine, par ce fait que l'aération de la caisse les fait cesser ou les atténue.

Au point de vue objectif, si la lésion est déjà quelque peu avancée en date (ce qui est presque la règle en clinique), on trouve les signes de l'enfoncement du tympan, avec petite apophyse sail-lante, pli postérieur très marqué, manche du marteau couché en arrière et presque horizontal. Si l'on n'intervient pas, le processus gagne la caisse, et s'y installe ; les lésions de la caisse prédominent alors, mais varient suivant les cas : le plus souvent l'otite moyenne n'est pas purulente, mais catarrhale, et se caractérise par un travail exsuda-

tif peu bruyant d'ordinaire, à moins que ne survienne une poussée aiguë annoncée par des crises otalgiques violentes avec douleurs irradiées ; état fébrile, bourdonnements intenses, dureté extrême de l'ouïe.

L'otite plastique infiltre la muqueuse du tympan ; celui-ci devient épais, rigide, de coloration rosée, puis blanchâtre ; des brides soudent les osselets aux parois de la caisse : les articulations des osselets sont frappés d'ankylose.

Le pronostic de semblables accidents est grave, si l'aération de la caisse n'amène point d'amélioration, car ils conduisent peu à peu à la surdité irrémédiable.

Comme autre symptôme particulier, rappelons aussi les vertiges provoqués par la pression de la base de l'étrier sur la fenêtre ovale et sur le péri-lymphe.

D'autres fois, on est en présence de la forme sèche, plus grave encore peut-être, parce qu'elle est d'allure plus insidieuse, et que le processus une fois installé suit une marche presque fatale.

Enfin, nous l'avons dit, dans dix pour cent des cas, la suppuration apparaît avec toutes ses conséquences possibles : perforation du tympan, carie des osselets et de la caisse, etc.

Pour Knapp, cette forme serait plus fréquente qu'on ne l'a dit, et la plus grave de toutes.

Dans tous les cas de participation de la caisse, on trouve le « Weber » positif, c'est-à-dire la per-

ception crânienne renforcée, et de plus latéralisée du côté atteint, la perception aérienne très diminuée. L'expérience de Rinne est négative; le diapason n'est plus perçu par l'os s'il ne l'est déjà plus par le conduit auditif; cette expérience confirme la précédente.

Le diagnostic doit porter sur plusieurs points : d'abord constater qu'une hypertrophie polypoïde postérieure s'accompagne de troubles ou de lésions véritables de l'oreille; puis différencier les lésions purement salpingiennes de celles qui se compliquent d'altération de la caisse, par l'aspect du tympan, l'immobilité des osselets, les expériences de Rinne et de Weber; enfin reconnaître autant que possible le degré exact du processus : adhésif et exsudatif, sec ou purulent.

Le pronostic est de la plus haute importance pour l'opérateur; nous y insisterons un peu.

A ce point de vue, Dundas Grant divise les otites en : celles qui s'améliorent aussitôt par la douche d'air (pronostic très favorable); celles qui ne réclament pas l'usage de la douche d'air et n'en sauraient profiter (pronostic défavorable); celles enfin qui n'en éprouvent qu'une amélioration lente et peu marquée (pronostic réservé).

A côté des effets produits par la douche d'air, il faut tenir compte de l'âge du sujet (le jeune âge est plus favorable), de la durée des accidents (l'obstruction prolongée amène des désordres le plus souvent irrémédiables, et crée la sclérose

tympanique), de la participation plus ou moins étendue de la caisse (expériences de Rinne et Weber), de la participation de l'oreille interne et du nerf auditif (vertiges violents), absence de perceptions crâniennes.

Somme toute, pronostic sérieux et réservé ; l'hypertrophie menant souvent à la surdité plus ou moins complète, mais susceptible d'être très heureusement influencée par un traitement énergique ; plus tôt celui-ci sera institué plus il agira vite ; mais il ne faut pas se décourager, ni négliger d'intervenir, même si les lésions sont déjà accentuées ; on ne guérira pas, mais on améliorera, et on retardera la marche de la maladie en permettant d'agir plus efficacement. Comme le dit Knapp, on doit intervenir et sans attendre ; toute négligence pouvant être dangereuse et irrémédiable.

Le traitement consistant à aérer la caisse, puis à la modifier et à dégager la trompe enflammée, ne peut être ici qu'indiqué très sommairement : rappelons seulement qu'il doit être persévérant et prolongé, et doit s'accompagner surtout du traitement médical et hygiénique des lésions connexes du nez et du pharynx.

VII

Diagnostic.

Il comprend deux points essentiels et bien distincts : 1° reconnaître l'hypertrophie polypoïde postérieure.

L'exploration soigneuse et méthodique par la double rhinoscopie aidée du stylet, du doigt au besoin, permet d'y arriver facilement en général, surtout si l'attention est bien portée de ce côté ; toutefois, il faut tenir compte de certaines difficultés inhérentes à l'individu, telles une étroitesse particulière des fosses nasales à laquelle on ne peut guère remédier que par l'examen postérieur, la tuméfaction de tout le cornet, qu'on atténue par l'application prolongée d'un tampon cocaïné, et en se servant du stylet, et enfin une déviation courbe ou un éperon de la cloison dont il faudra se débarrasser pour bien voir.

Nous avons assez parlé des difficultés de la rhinoscopie postérieure pour n'y plus revenir,

Rappelons une fois pour toutes, les services que rend la cocaïne pour l'examen de semblables malades.

Le diagnostic sera complété par celui des caractères physiques exacts, et de la nature de la tumeur à laquelle on a affaire.

La cocaïne réduit rapidement et affaisse d'une remarquable façon les tumeurs érectiles, et n'a qu'une influence médiocre sur celles qui sont fibreuses, charnues, auxquelles s'applique surtout la dénomination de tumeurs polypoïdes.

2° Ceci fait, il faut différencier l'affection de celles qui lui ressemblent. Il est ordinairement facile, par un bon examen, d'éliminer les affections ayant quelque analogie avec celle qui nous occupe. Il en est une, cependant, qu'il est parfois délicat de reconnaître exactement ; nous parlons des myxomes, ou fibro-myxomes, procident par les choanes, vers le cavum. La distinction est d'autant plus délicate que leur association n'est pas chose rare ; on a même insisté, ces derniers temps, sur la nécessité d'examiner, et souvent de traiter les hypertrophies polypoïdes chez les malades porteurs de myxomes ; la fréquence de leur coexistence serait même assez grande pour qu'on voie là plus qu'une coïncidence banale ; polypes muqueux et myxo-angiomes ne sont-ils pas d'ailleurs proches parents au point de vue histologique ? Quoi qu'il en soit, les caractères différentiels sont les suivants : les myxomes et fibro-

myxomes sont rarement isolés, mais plutôt disposés par séries, de coloration grisâtre, de moindre consistance, peu sensibles; et saignant peu au contact du doigt; enfin, la cocaïne n'exerce sur eux aucune action réductrice. Les polypes dépendant de la queue des cornets sont assez rares, et surtout plus volumineux et plus faciles à mobiliser; ils ne saignent pas.

Les papillômes sont assez rares (Noquet et Wagnier), ils sont remarquablement vasculaires et presque jamais symétriques.

Les volumineuses tumeurs appendues aux cornets et d'aspect fibro-papillomateux, rencontrées par Juraz et Sendziack, ne peuvent se différencier des hypertrophies polypoïdes muriformes; il en est de même de ces tumeurs muriformes dont M. Châtellier rapporte un cas dans les *Annales des maladies de l'oreille*, et qui, coiffant l'extrémité postérieure des cornets postérieurs, étaient formées de tissu muqueux et de tissu adénoïde.

Les végétations adénoïdes ont une consistance tout autre, et se rencontrent au-dessus des choanes et non dedans.

Les polypes naso-pharyngiens et autres tumeurs du cavum viennent de la voûte, et n'ont que des rapports de contiguité avec l'orifice postérieur des fosses nasales; les erreurs de diagnostic résultent d'un examen trop rapide.

Certaines tumeurs nasales voisines de la choane peuvent être délicates à caractériser au début,

mais leur développement rapide, les hémorrhagies et les ulcérations dont elles sont le siège, doivent mettre en garde contre une erreur très préjudiciable au malade. Les auteurs rapportent çà et là, des exemples de tumeurs diverses ayant pu prêter à confusion ; nous nous bornerons à les rappeler, avec les noms de ceux qui les ont signalées.

Wright et Barrett ont décrit des kystes rétromaxillaires occupant la queue d'un cornet. Hill, Dundas Grant, des tumeurs mucoïdes, venant s'insérer au bord postérieur de la cloison, et pendant jusque sur le voile en obstruant les choanes ; par le toucher et la rhinoscopie postérieure, de semblables erreurs, de peu d'importance d'ailleurs, seront évitées facilement.

Gottstein a aussi signalé des tumeurs molles, prenant la place des cornets, provenant d'une périostite postérieure de la cloison ; Farlow parle d'une tuberculose végétante postérieure ; d'autres de gommes du septum ; nous nous bornons à rappeler ces raretés qui n'ont qu'un intérêt scientifique.

Enfin, Mackenzie et Chiari ont observé des polypes fibreux des choanes, reconnaissables seulement à leur consistance dure et à la régularité de leur surface.

Plus important, nous l'avons dit, est le diagnostic de l'état de l'oreille moyenne et du nerf acoustique ; nous n'y reviendrons pas ici.

VIII

Évolution-pronostic.

L'hypertrophie vaso-motrice, celle des jeunes sujets surtout, peut rétrocéder sous l'influence de moyens antiphlogistiques prolongés, ou par suppression des causes qui gênent la circulation en retour (végétations, tumeurs); il s'agit d'une sorte d'érection de la muqueuse, bien curable. Mais le plus souvent, les moyens médicaux sont insuffisants, l'affection suit sa marche en avant, et aboutit à l'occlusion nasale, les accidents marchant de pair ou non, d'un côté à l'autre. M. Dundas Grant est le seul, à notre connaissance, qui ait parlé de rétrocession possible chez des malades d'un certain âge.

On prétend, en général, que les hypertrophies une fois enlevées ne se reproduisent plus; Meyerson a déjà protesté contre cette manière de voir; et M. Gouguenheim a aussi pour sa part vu reve-

nir des malades qu'il croyait débarrassés à tout jamais. La récidence est donc fort possible, surtout si après l'opération le malade néglige de se soumettre à une hygiène sévère, et si une question de terrain, encore mal connue, expose à ces récidives.

La marche de l'affection est, nous l'avons vu, assez lentement progressive ; les accidents d'abord intermittents et nocturnes deviennent permanents quoique sujets encore à des exacerbations du fait de poussées aiguës.

Le pronostic, en soi n'est pas grave, il s'agit là d'une infirmité très désagréable, très gênante ; mais le danger réel commence le jour où des accidents auriculaires s'installent et altèrent la fonction auditive. Rappelons encore l'importance au point de vue du pronostic d'un diagnostic précoce ; un traitement énergique d'emblée pouvant remettre les choses en état, ou tout au moins enrayer pour un temps plus ou moins long la marche des accidents.

La sclérose auriculaire installée, avec tous les désordres d'une otite catarrhale déjà ancienne, le pronostic reste très fâcheux, et l'on ne saurait espérer d'amélioration définitive.

Le pronostic est donc souvent ce que le fait le diagnostic juste, et le traitement dont il nous reste à parler comme conclusion.

IX

Traitement.

Il existe un traitement médical des hypertrophies nasales postérieures, toujours utile, mais souvent insuffisant, si l'intervention chirurgicale ne lui venait en aide.

1° *Traitement médical.* — Il présente son maximum d'efficacité toutes les fois que l'on a affaire à un trouble vaso-moteur du cornet ; l'intermittence des accidents, l'action réductrice de la cocaïne sont ici les meilleurs guides ; mais il faut savoir que le traitement sera toujours long, même s'il s'est fait régulièrement.

Ce traitement médical préviendra dans une certaine mesure les poussées aiguës ; il s'attaquera au catarrhe naso-pharyngé, aidant ainsi au traitement chirurgical, et pouvant prévenir les récides futures.

L'une des principales ressources de cette théra-

peutique est l'emploi d'irrigations boriquées biquotidiennes à l'aide du siphon de Weber; toutefois, le nez étant bouché, il importe d'être prudent dans son maniement sous peine d'accidents auriculaires, on peut d'ailleurs les remplacer par des pulvérisations ou des irrigations rétro-nasales, avec la sonde de Moure ou de Vacher. Puis on se servira de pommades modificatrices, de préférence aux poudres; et chaque soir, en particulier, on introduira en abondance dans le nez, de la vaseline boriquée au cinquième, additionnée d'une certaine quantité de cocaïne et de menthol pour décongestionner la muqueuse nasale, et diminuer cette sensation si pénible d'obstruction.

Certains pansements de la muqueuse, portés surtout au voisinage de l'orifice postérieur, ont rendu des services à la longue : tels le chlorure de zinc au $1/30$ (Moure), l'acide lactique (Astier), le perchlorure de fer à $1/5$ et $1/2$ (Mounier), enfin et surtout l'acide chromique agissant à la façon d'un caustique assez énergique et efficace (Capart); nous avons pu observer les bons effets de ce traitement dans le service du Dr Gouguenheim.

L'acide étant fondu à l'état de perle rouge sombre, puis refroidi à l'extrémité d'un stylet creusé en gouttière, est porté, sous le contrôle du spéculum et du miroir, sur la queue du cornet, sur laquelle il trace deux ou trois sillons longitudinaux plus ou moins appuyés suivant l'effet cherché; la muqueuse se colore en jaune brun; on

neutralise l'excès du caustique par une irrigation alcaline tiède, et on peut, dix ou quinze jours plus tard, répéter ce pansement qui soulage parfois remarquablement.

M. Gouguenheim nous a conseillé de nous défier de la cocaïne surtout en solution un peu concentrée ; elle peut amener du côté de la gorge des accidents que ne contrebalancent pas ses avantages, et enfin même exposer à la cocaïnomanie.

N'ayant aucune expérience du massage vibratoire si chaudement recommandé dans le cas particulier par Garnault et Chiari, nous nous bornons à le mentionner, faute de pouvoir faire mieux.

Le traitement du catarrhe pharyngé sera basé sur l'emploi d'irrigations, et surtout de pansements à la glycérine iodée à 1/20, ou à la résorcine à 1/4 ou 1/2.

N'oublions pas les résultats éminemment favorables qu'ont plusieurs fois rapportés les médecins, de stations thermales dans la rhinite postérieure hypertrophique, résultats basés surtout sur les effets généraux sur l'organisme des eaux sulfureuses (Eaux-Bonnes) alcalines et arsénicales (Royat, Mont-Dore) ; l'amélioration ne se fait quelquefois pas attendre plus de deux ou trois semaines ; il sera donc bon d'y songer si les autres moyens donnent de médiocres résultats.

2° *Traitement chirurgical.* — Depuis quel-

ques années une réaction se produit contre l'abus des interventions intra-nasales, l'ablation des queues des cornets a été incriminée pour sa part, et on a même signalé des troubles réflexes assez graves, chez de jeunes sujets, en particulier, après des opérations exécutées sans raisons suffisantes.

Les indications opératoires sont très nettes :

1° L'oreille est atteinte, ou en voie de se prendre, et l'affection progresse, malgré le traitement de la salpingite ;

2° Le nez est complètement obstrué, et il en résulte pour la gorge, pour les bronches, et pour le parenchyme pulmonaire lui-même, des désordres graves.

3° Enfin, il existe des troubles réflexes intenses ne cédant pas aux simples moyens médicaux.

Si un malade paraît peu soucieux de lui-même et que son oreille se trouve exposée un jour ou l'autre à de sérieuses complications, il vaut mieux conseiller l'intervention immédiate plutôt que de la faire trop tard sans résultats satisfaisants.

L'intervention permet, en outre, de traiter énergiquement par tous les moyens les accidents tubaires.

Il faudra se défier de l'ablation ou de la destruction ignée des queues des cornets chez les jeunes sujets avant d'avoir, du moins, essayé un traitement médical soutenu ; de même chez les névropathes toujours enclins aux interventions.

La question des interventions bien posée, voyons lesquelles sont utilisables.

L'*électrolyse* a eu pour principaux défenseurs, Garrigou et Scheppegegrell; ce procédé a subi de nombreux perfectionnements, et à l'électrolyse négative, intra-nasale, a succédé l'électrolyse bipolaire bien plus active; néanmoins, c'est une méthode longue dans ses résultats, et non pas exempte de douleurs comme on l'a prétendu; aussi, bien qu'elle réduise des hypertrophies, même considérables, elle est peu entrée dans la pratique, et elle sera réservée aux individus timorés, ou à ceux qu'une hypertrophie médiocre ne gêne encore que modérément.

On a proposé les aiguilles électrolytiques, dans les cas où de volumineuses tumeurs font craindre à l'ablation des hémorrhagies difficiles à maîtriser; le courant ne dépassera pas 15 milliampères, la durée d'une séance n'excédera pas 20 minutes.

Plus fréquemment employée est la destruction de la tumeur par le galvano-cautère; qu'on se serve du couteau avec lequel on peut tracer sur la partie saillante deux à trois sillons, ou d'une pointe acérée qu'on enfoncera au centre même du cornet, faisant aussi une cautérisation transcurrente, interstitielle, dont la cicatrice rétractera puissamment le tissu érectile voisin; c'est la pratique de M. le D^r Colin à la clinique des sourds-muets.

Toutes les fois que l'on fera ces applications

galvaniques, on devra cocaïner à fond la région malade pour éviter des réflexes gênants, et, par retrait des tissus, éviter, autant que possible, de cautériser les régions voisines.

Le malade évitera ensuite tout refroidissement, se fera des insufflations et pulvérisations antiseptiques ; si une seconde séance est nécessaire, elle sera remise à quinze jours au moins, sous peine d'accidents.

Le procédé chirurgical le plus rapide, le plus sûr, celui qui compte le plus de partisans, c'est l'ablation de la tumeur comme un myxôme à l'aide de l'anse métallique, chaude ou froide. L'ablation à l'anse froide expose à un accident parfois très sérieux, l'hémorrhagie post-opératoire ; aussi est-elle généralement mise au-dessous de l'anse galvanique, d'un placement et d'un maniement pourtant plus difficile, à cause du volume du porte-cautère.

Si on emploie l'anse froide, on ne doit pas se servir d'un simple serre-nœud, car avec lui, il n'est pas d'ablation sans arrachement d'une certaine portion de muqueuse, d'où dénudations osseuses et hémorrhagies formidables. On recourt au serre-nœud à vis, à de véritables écraseurs, de Bosworth et de Hooper, dont on se sert journellement à la clinique de Lariboisière. L'opération doit être faite avec les plus grandes précautions antiseptiques à cause du voisinage de l'oreille, et des accidents infectieux : angines, amygdalites

suppurées, otites aiguës, qu'a décrit en particulier M. Ruault, et dont on ne saurait trop se défier.

Après l'antisepsie vient la question d'anesthésie, car l'opération est réellement douloureuse, et exige le minimum d'efforts de la part du patient. On place dans le nez un tampon imbibé de solution de cocaïne au 1/10 pendant quelques minutes seulement ; car si on veut trop anesthésier, on réduit tellement la tumeur qu'on ne peut plus bien la saisir, et on s'expose à une grave perte de sang quand la vaso-dilatation fera suite à l'action vasoconstrictive du début.

Dès que l'anesthésie paraît suffisante, on opère.

D'autres opérateurs recommandent les uns (Lubet-Barbon) le bromure d'éthyle, les autres (D. Grant) les inhalations d'oxyde nitreux et de vapeurs d'éther ; en réalité la cocaïne garde toutes les préférences.

Pour mener à bien l'opération, un éclairage intense et l'immobilité absolue du patient sont de rigueur.

L'anse de Bosvorth ou de Mackenzie préparée, d'un volume approprié à celui de la tumeur, est glissée à travers le spéculum, le long de la cloison, en évitant, autant que possible, d'irriter la région vestibulaire, jusqu'à la partie postérieure des fosses nasales ; l'anse est ensuite appliquée sur l'hypertrophie qu'elle coiffe peu à peu ; à mesure qu'on porte le serre-nœud en dehors, de

façon à arriver jusqu'au pédicule, en quelque sorte, puis on fait basculer l'anse de façon qu'elle fasse avec le plancher des fosses nasales un angle d'environ 45° pour que la partie appuyant sur le plancher soit, elle aussi, bien saisie, et qu'elle ne glisse pas au dernier moment ; on serre alors, lentement et progressivement, sans déplacer la main, en s'assurant, par de légers mouvements de va et vient, qu'on enserre et qu'on mobilise la tumeur ; si celle-ci est énorme, il y a avantage à la morceler.

Quand l'anse est suffisamment serrée, on tourne l'écrou de sûreté, et, à l'aide du pas de vis qui termine l'instrument, on serre lentement, à petits coups, de gauche à droite ; si on serre trop vite, on ne broie pas suffisamment, l'hémostase n'est que relative. On doit tourner d'un tour toutes les demies, et même toutes les minutes, de façon que l'opération dure environ dix minutes à $1/4$ d'heure. Quand la vis est serrée à fond, il ne reste plus qu'à tirer à soi, doucement, sans brusquerie, et l'on amène la tumeur au dehors, sous la forme d'une petite masse rouge sombre, arrondie, lisse ou bosselée selon sa consistance.

Après l'extraction faite ainsi, avec lenteur et prudence, il y a peu d'hémorrhagie immédiate ; sinon un véritable flot de sang coule par la narine, et dans la gorge ; mais ce qu'il y a de plus dangereux, c'est l'hémorrhagie tardive survenant d'habitude 3 à 4 heures après l'opération.

Aussi pour se prémunir contre elle, il est bon de tamponner énergiquement, pendant 24 heures au moins, avec des languettes de gaze iodoformée soigneusement tassées en arrière, et, imbibées au besoin d'une solution forte d'antipyrine, excellent hémostatique ; si ce moyen ne suffit pas, il faut, sans tarder, faire le tamponnement de l'orifice postérieur des fosses nasales à l'aide d'un gros bourdonnet iodoformé, retenu en avant par un fil collé sur la joue ; des mèches antérieures complètent l'occlusion nasale.

S'il n'y a pas eu d'hémorrhagie, le tampon est retiré tout entier, et la plaie soumise à de grands soins de propreté : pulvérisations et insufflation ; si l'hémorrhagie a été un peu inquiétante, et surtout tend à se reproduire à l'ablation du tampon, il importe d'en remettre aussitôt un deuxième, un troisième au besoin, jusqu'à hémostase définitive. Au bout d'une semaine environ, la cicatrisation est obtenue, grâce à l'antisepsie, et aux précautions contre le refroidissement.

Quelquefois, après l'opération, il survient un suintement sanguin d'une certaine importance, la meilleure conduite à tenir est alors de bien serrer ses tampons, et d'attendre patiemment ; l'hémorrhagie augmente-t-elle ? il faut les retirer et les remplacer par d'autres.

Ce sont les tumeurs dures et fibreuses qui exposent le plus aux hémorrhagies graves (cas de syncope) ; il importe de s'en défier ; on ne devra

pas non plus opérer une femme au moment de ses règles. Une première opération a-t-elle été suivie de pertes abondantes, on pratiquera de suite, pour la seconde, un tamponnement postérieur.

Si on emploie l'anse chaude, ce qui est plus prudent, sinon aussi facile ; on préparera une anse avec un fil d'acier de $1/4$ de millimètre de diamètres environ ; on aura soin de la porter au rouge sombre, jamais au-delà, et de diminuer l'intensité du courant, à mesure que diminue le diamètre de l'anse ; le fil de platine est trop souple, il se coude sur la tumeur, au lieu de l'embrasser solidement. La tumeur est d'abord saisie, puis le courant passe, à de courts intervalles, en même temps qu'on serre lentement, de plus en plus, jusqu'à ce que la tumeur soit bien détachée.

Il ne reste plus à faire qu'un léger pansement, sans tamponnement, quoiqu'il faille toujours se mettre en garde contre les hémorrhagies tardives à la chute des eschares.

De toute manière, si on veut régulariser la plaie opératoire, on fera bien d'attendre quelques jours, pour éviter les risques d'une infection toujours menaçante.

Il arrive que la tumeur très développée retombe en arrière sur le voile ; alors, l'ablation par la voie antérieure peut ne plus suffire ; le doigt introduit dans le rhino-pharynx aide et guide le placement de l'anse, la malaxation de la tumeur, sa réduction au moins partielle dans la choane, par le procédé

indiqué par M. Wagnier, facilitent beaucoup les manœuvres d'extraction.

Deux mots encore, pour terminer du traitement auriculaire qui varie avec les phases de la maladie.

Si la trompe est seulement engouée, on emploiera les douches avec la poire de Politzer, et au besoin à l'aide de la sonde d'Itard ; si la trompe présente une sténose véritable, on tentera la dilatation à l'aide de petits mandrins appropriés.

L'oreille moyenne est-elle atteinte ; insister sur le traitement médical de la rhino-pharyngite, et sur la ventilation de la caisse ; il faut désobstruer le nez à tout prix ; il faut lutter contre le processus intra-tympanique par des injections d'huile de vaseline iodoformée (méthode de Delstanche) et faire le massage du tympan pour prévenir l'ankylose des osselets. Telles sont résumées sommairement, les indications que doit remplir le praticien pour sauvegarder de son mieux l'intérêt de son malade.

CONCLUSIONS

L'hypertrophie du segment postérieur des cornets du nez mérite une étude à part.

Elle se caractérise par tous les troubles des rhinites chroniques obstructives, portés ici à leur summum.

Les complications sont fréquentes du côté de l'arbre respiratoire tout entier, du système nerveux (phénomènes réflexes multiples), enfin et surtout du côté de la trompe et de l'oreille moyenne.

Il existe deux formes d'hypertrophie, l'une vaso-motrice, susceptible de rétrocession ; l'autre fibreuse, polypoïde et irréductible.

Le diagnostic demande une certaine attention et la pratique des examens rhinoscopiques délicats.

Le pronostic, assez bénin en soi, est aggravé par l'apparition si fréquente, et toujours menaçante, des troubles auditifs.

Bien souvent, le traitement est chirurgical avant

tout ; réduction ignée ou électrolytique, ou mieux ablation à l'anse chaude ou froide.

Le traitement médical et hygiénique de la rhino-pharyngite en est le complément indispensable ; il peut même suffire dans certains cas récents.

Enfin le traitement nasal n'est souvent qu'une préparation à un traitement auriculaire énergique, d'où peut dépendre l'ouïe du malade.

Vu : le Président de la thèse,

DIEULAFOY

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer •

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie, tome IV, page 835.

ZUCKERKANDL. — Traduct. Lichwitz, 1895, t. I,
page 249.

MOLDENHAUER. — Trad. Potiquet, page 181.

MORELL-MACKENZIE. — Trad. Charazac, Maladies
des fosses nasales, page 112.

MOURE. — Maladies des fosses nasales, page 222.

RUAULT. — Arch. de laryngologie, tome II, n. 2.

CHATELLIER. — Annales des maladies de l'oreille,
août 1886, nov. 1887.

GARRIGOU-DESARÈNE. — Catarrhe chronique des
fosses nasales, 1888.

GOUGUENHEIM-GLOVER. — Atlas de rhinologie et de
laryngologie, 1894.

CHABORY. — Thèse de Paris, 1892.

BARBIER. — Thèse de Lyon, juillet 1889.

GAREL. — Annales des maladies de l'oreille, 1893,
page 958.

COURTADE. — Maladies de l'oreille, page 303.

LICHWITZ. — Maladies de l'oreille, noy, 1893.

CARTAZ. — France médicale, 1892, n. 89 et 90.

DUNDAS-GRANT. — Revue de rhinologie, nov. 1893,
maladies de l'oreille, septembre 1894.

HILL. — Revue de rhinologie et laryngologie, mai 1895.

BARRET. — — mars 1894.

